

Применение реамберина сопровождалось чувством жара и першения в горле у 12 (60%) пациентов и было обусловлено повышенной скоростью введения препарата. Аллергическая реакция в виде сыпи отмечена у 1 пациента. Отмена препарата потребовалась в 1 случае в связи с развитием выраженной головной боли и тошноты.

Таким образом, включение в состав комплексного периоперационного лечения реамберина у больных циррозом печени, угрожаемых по кровотечению из варикозно расширенных вен пищевода, способствует раннему купированию астенического и диспепсического синдромов, улучшению биохимических маркеров функционального состояния печени.

**Бобро Л.Н.**

## **К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ АКТИВНОСТИ ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

Гаммаглутамилтрансферазу (ГГТ) можно обнаружить в большинстве органов человека. Воспаление, токсическое и ишемическое повреждение мембран могут сопровождаться повышением ГГТ. Повышение ГГТ может наблюдаться и при холестазе, что свидетельствует о поражении внутрипеченочных желчных протоков. Несмотря на это, в последние годы гипергаммаглутамилтрансфераземия часто трактуется как маркер изменений в печени алкогольного генеза (самого частного этиологического фактора повышения ГГТ). Даже транспортные комиссии в последнее время практикуют определение ГГТ для решения вопроса о выдаче водительских прав.

Особую проблему для практикующего врача представляет повышение ГГТ у больных со стеатозом печени. Всегда ли повышение фермента является следствием злоупотребления алкоголем? Какие еще наиболее вероятные причины повышения ГГТ? И, наконец, какая тактика врача при изолированном повышении этого фермента у пациента со стеатозом?

Цель исследования: изучение возможных причин повышения активности гаммаглутамилтрансферазы у больных со стеатозом печени и разработка алгоритма обследования таких больных.

Материалы и методы. В исследование были включены 57 пациентов, 37 (64,9%) мужчин, 20 (35,1%) женщин. Средний возраст пациентов  $48 \pm$

5 лет. Верификация заболеваний гепатобилиарной системы проводилась с помощью клинико-биохимических, инструментальных, серологических, иммунологических методов исследования. Функция желчного пузыря оценивалась после проведения теста с сорбитом. Критерием включения в исследование были признаки жирового гепатоза по данным лучевых методов визуализации и повышение показателей ГГТ в крови. Критерии исключения: больные с признаками этиологически верифицированного вирусного, алкогольного, аутоиммунного, лекарственного гепатита, пациенты с циррозом печени, желтушным синдромом.

Результаты. У 30 (52,6 %) пациентов был установлен диагноз неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) на основании выявления стеатоза и умеренной гепатомегалии по данным УЗИ печени у больных с ожирением ( $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$ ), при отрицательных серологических маркерах вирусного гепатита В, С и аутоиммунного гепатита, отсутствии злоупотребления алкоголем и приема гепатотоксических медикаментов. Из них у 22 (66,7%) больных диагностирован сахарный диабет 2-го типа.

У 18 (31,6 %) больных установлен диагноз неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) на основании стойкой гипертрансаминаземии с преимущественным повышением АЛТ, повышением соотношения АЛТ / АСТ  $> 1$ . Показатели белково-синтетической функции печени (альбумин, протромбин) были в пределах нормы. У всех пациентов выявлено повышение холестерина и триглицеридов.

29 (50,9%) пациентов с НАЖБП и НАСГ на фоне нормальных показателей билирубина крови имели повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) в  $1,5 \pm 0,2$  раза. Поскольку нормальный уровень конъюгированного билирубина не исключает холестаза, выявленные изменения показателей ГГТ в сочетании с повышением ЩФ трактовались как признаки холестатического синдрома.

У 19 пациентов при отсутствии гипербилирубинемии имело место повышение щелочной фосфатазы (ЩФ) в более чем в 2 раза. У всех обследованных обнаружены, по данным лучевых методов визуализации, аномалии желчного пузыря (перегибы, перетяжки, нарушения формы), в 63% случаев (у 12 пациентов) – «сладж-синдром». При исследовании функции желчного пузыря выявлена гипокинетическая дискинезия желчного пузыря.

У 9 пациентов наблюдалось изолированное повышение ГГТ. На фоне отсутствия жалоб, клинических симптомов и отклонений от нормы других лабораторных показателей мы предпочли активно-выжидательную тактику наблюдения. При повышении активности трансаминаз или уровня ЩФ в крови в течение месяца считаем целесообразным дальнейшее

обследование с применением инвазивных методов исследования (мини-лапароскопии, биопсии печени).

**Выводы.**

1. Наиболее частой причиной повышения ГГТ у больных с неалкогольной жировой болезнью печени является внутрипеченочный холестаз.
2. При высоком уровне щелочной фосфатазы на фоне повышения ГГТ необходимо исключать внепеченочный характер холестаза.
3. Пациенты с изолированным повышением ГГТ нуждаются в дальнейшем наблюдении с возможным применением инвазивных методов исследования печени.

**Бондаренко Е.Ю.**

## **ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

Первичный билиарный цирроз печени (ПБЦ) – хроническое заболевание печени, возникающее в результате нарушения оттока желчи по внутрипеченочным и внепеченочным желчевыводящим путям. Заболевание характеризуется прогрессирующим разрушением печеночной паренхимы с образованием фиброза, приводящего к циррозу печени и в последующем к печеночной недостаточности.

Большое внимание к ПБЦ обусловлено ростом заболеваемости и отсутствием существенных сдвигов в выяснении этиологии, патогенеза и возможностей терапии болезни. Распространенность заболевания составляет 19,1-25,1, случаев на 1 млн. населения. Соотношение численности женщин и мужчин - 10:1; наиболее частым возрастом для возникновения данной патологии считается период 20–50 лет. Заболевание имеет генетическую предрасположенность и, как правило, передается от матери к дочери (в 30%); причем во втором поколении оно развивается более в молодом возрасте.

ПБЦ распространен во многих странах мира: выделяют Мексику, практически все страны Южной Америки, Африки и Азии, среди стран Европы - Молдову, Украину, Беларусь и западную часть России. Причины данного процесса до конца не изучены. В настоящее время достоверно установлена неинфекционная природа ПБЦ. Поражение печени при ПБЦ может быть результатом аномальной иммунной реакции, в частности, ее